

COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM  
*Verificación de uso de vehículo personal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha:*

\_\_\_\_\_  
*Nombre de su patrón (Use letra de molde)*

\_\_\_\_\_  
*Dirección de su patrón/empleo*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, Código Postal*

A Quien le interese:

\_\_\_\_\_  
*Nombre del Empleado (CICP Solicitante)* usa su vehículo personal para cumplir los requisitos y responsabilidades de su trabajo.

Este vehículo es utilizado para:

\_\_\_\_\_.

*(Favor de marcar para confirmar lo siguiente):*

El empleado no recibe reembolso por gastos incurridos en el uso de su vehículo personal.

Sinceramente,

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante de su patrón*

\_\_\_\_\_  
*Nombre escrito del representante de su patrón.*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono de su patrón*

**CICP Solicitante** –Favor de llenar y enviar esta forma por fax a su proveedor de CICP lo mas pronto posible para asegurarse que su solicitud de CICP esta completa.

Julio 2010